

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1138.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEANNIN Paul

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON.

Né à Saint-Marcel-lès-Chalon (Saône-et-Loire, le 25 juin 1868.



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1138.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEANNIN Paul

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON.

Né à Saint-Marcel-lès-Châlon (Saône-et-Loire), le 23 juin 1868.



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON
7, rue des Marronniers.

—
1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maur.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. DEVIC.	MM. ROCHET.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	ROLLET
BOYER.	DOYON.	ROQUE.
COLLET.	DURAND.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPIE.	SIRAUD.
COURMONT.	MOREAU.	VALLAS.
CURTILLET.	POLLOSSON (Aug.).	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, *Président*; M. AUGAGNEUR, *Assesseur*; MM. WEILL et CONDAMIN, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

M. le Professeur LAROYENNE

A M. le Professeur-Agrégé CONDAMIN

INTRODUCTION.

Notre but, en entreprenant ce travail, n'est point de passer en revue toutes les applications de l'hystéropexie abdominale antérieure. Cette opération occupe à l'heure actuelle une place définitive et bien méritée dans le traitement des prolapsus et des déviations de l'utérus. Notre maître M. le professeur Laroyenne et M. le professeur agrégé Condamin y ont contribué dans une large mesure, soit par leurs travaux personnels, soit par ceux qu'ils ont inspirés.

En parcourant les nombreuses observations de la clinique gynécologique de Lyon, et celles que M. le professeur agrégé Condamin a mises si gracieusement à notre disposition, nous avons pu réunir vingt-six cas d'antéflexions traitées par l'hystéropexie abdominale antérieure. Ce sont ces documents inédits que nous apportons à l'appui des idées de notre maître, qui, le premier, au congrès de Rome (1894), proposa systématiquement l'hystéropexie comme traitement de choix des antéflexions utérines douloureuses.

La lecture des diverses publications faites sur cette

opération nous a montré une telle divergence dans la façon dont les auteurs comprennent encore actuellement la fixation, que nous avons cru faire œuvre utile d'indiquer à nouveau les règles absolues qui doivent guider le chirurgien.

Dans un dernier chapitre nous avons réuni plusieurs cas d'interventions utérines après l'hystéropexie abdominale. Les conditions nouvelles en présence desquelles se trouve l'opérateur méritent, à notre avis, d'être connues surtout lorsqu'il s'agit de pratiquer secondairement l'hystérectomie vaginale.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à nous acquitter, dans la mesure du possible, des nombreuses dettes de reconnaissance contractées envers nos maîtres, au cours de nos études médicales.

M. le professeur Laroyenne, après les marques multiples de sympathie qu'il nous a prodiguées pendant notre dernier semestre d'internat, nous fait encore l'insigne honneur de présider notre thèse. Que notre bien cher maître nous permette ici de lui offrir l'hommage public de notre profonde reconnaissance.

M. le professeur agrégé Condamin a droit à tous nos remerciements, pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter, et pour la générosité avec laquelle il mit à notre disposition ses vastes connaissances en gynécologie et ses nombreuses observations. Qu'il veuille bien accepter l'assurance de notre vive gratitude.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur agrégé Vinay, médecin des hôpitaux et de la

Maternité de l'Hôtel-Dieu, du bienveillant accueil qu'il nous fit, lorsque nous avons l'honneur d'être son interne, et des preuves nouvelles de sympathie qu'il nous accorda depuis.

M. le professeur Renaut et M. le docteur Leclerc, médecins des hôpitaux, nous ont prodigué, avec tant de dévouement, leurs soins au cours d'une maladie, que nous ne les oublierons jamais.

Nous adressons à M. le professeur Maurice Pollosson, à MM. les professeurs agrégés Gangolphe, Auguste Pollosson, nos sentiments de profonde gratitude pour la bienveillance qu'ils ont bien voulu nous témoigner, durant le cours de notre internat.

MM. les docteurs Carrier, Drivon, Chappet, Colrat voudront bien accepter tous nos remerciements pour leur savant enseignement pendant les semestres d'internat ou d'externat que nous avons eu l'honneur de passer auprès d'eux.

CHAPITRE PREMIER.

ANTÉFLEXIONS ET HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE.

Le traitement des antéflexions utérines, sur lequel notre maître M. le Professeur Laroyenne attirait de nouveau l'attention des gynécologues au dernier congrès de Bordeaux, est certainement un des points les plus difficiles de la thérapeutique des déviations de l'utérus.

Dans certains cas cette lésion, même accentuée, ne donne lieu à aucun symptôme et mérite bien le nom d'indifférente qui lui a été appliqué. La stérilité peut en être la plus grave conséquence et peut devenir alors une indication nette à une intervention.

Souvent, par contre, l'antéflexion congénitale ou acquise, engendre des troubles d'une gravité suffisante pour justifier une thérapeutique capable d'y remédier définitivement.

Nous ne voulons pas refaire ici l'anatomie pathologique des différentes flexions, corporelle, cervicale ou

cervico-corporelle, ni leur symptomatologie si caractéristique. C'est un point bien connu et dont le D^r Bricage a fait une excellente étude dans sa thèse inaugurale (1). Nous ne retiendrons que ce fait : c'est que les accidents de dysménorrhée douloureuse, les troubles vésicaux, les signes de métrite, les phénomènes à distance mettent souvent de telles malades dans l'incapacité de travailler, et les obligent même à s'aliter pendant le paroxysme des crises. Elles réclament avec insistance un traitement capable de les soulager définitivement. Voyons rapidement le but à atteindre et les moyens qui ont été donnés pour y arriver.

Qu'il s'agisse de l'inégalité de développement des faces utérines, comme dans l'antéflexion congénitale ; d'un défaut d'involution par suite de la présence de débris placentaires, comme dans les suites de couches ; ou d'une traction du col en arrière par la douglassite ; que la flexion soit due à un effort, ou se montre à la puberté sous l'influence du ramollissement de l'utérus par les premières règles, le problème reste le même. L'axe utérin est représenté alors par deux lignes se réunissant à angle quelquefois très aigu au niveau de la coudure. La cavité utérine n'a plus pour évacuer son contenu qu'un orifice étroit, d'autant plus étranglé que la flexion sera plus accentuée, que l'éperon sera plus saillant. On se rend parfaitement compte alors de la

(1) BRICAGE. Thèse de Lyon, 1894. Nous ajoutons immédiatement que nous avons puisé d'utiles renseignements dans cette thèse.

stagnation des liquides et des douleurs qu'elle provoque, de la facilité de l'infection, expliquant la fréquence des lésions annexielles et la paramétrite, surtout si on admet la formation d'hématocèles minuscules dans le douglas, comme le pense Pozzi. Les troubles circulatoires entretiennent la métrite, et les lésions au niveau de la coudure s'accusent de plus en plus, augmentant ainsi la difficulté de la réduction.

Il faudra donc, en premier lieu, rétablir la perméabilité en faisant disparaître l'angle de flexion et maintenir la réduction, ce qui n'est pas le point le moins important du problème.

Les moyens à notre disposition sont nombreux, leur liste un peu longue est peut-être une preuve de plus de l'inefficacité du plus grand nombre.

On a donné des médicaments variés en vue d'atténuer les symptômes de l'antéflexion, ils font partie du traitement symptomatique, et nullement de la thérapeutique curative. Nous les passerons sous silence. Il en est de même des diverses ceintures ingénieuses, comme celle de Pajot à pression élastique, ou celle de Collin à plaque mobile. Elles offrent beaucoup d'inconvénients et sont bien peu efficaces. Elles peuvent maintenir une antéversion réduite, mais sont incapables de lutter contre une flexion souvent prononcée.

Les pessaires vaginaux n'ont guère plus d'intérêt. Les plus simples restent encore les meilleurs, tels que les Dumontpallier par exemple. On comprend qu'ils puissent soulager momentanément, en tendant les culs-de-sac et en empêchant ainsi le fond utérin de venir presser sur la vessie et de déterminer les trou-

bles si connus de ténésme et de pollakiurie, mais ils ne donnent qu'un résultat temporaire et sont loin d'être exempts de dangers.

Neugebauer (1) réunissait 242 cas d'accidents dus à cette méthode orthopédique. Les lésions rectales y sont notées 23 fois, de même que la perforation vésicale; 10 fois ouverture double de la vessie et du rectum; dans 8 cas, des cancers paraissaient nettement dus à l'excitation provoquée par le pessaire. Beaucoup de ces accidents sans doute auraient pu être évités par des soins et une surveillance continue. Mais d'un autre côté il faut tenir compte de la négligence des malades et de leur condition sociale.

C'est surtout dans l'antéflexion que les pessaires, cependant perfectionnés tels que ceux de Graily Hewit, de Galabin, doivent échouer. Ils ne peuvent avoir de prise sérieuse sur le fond utérin, qu'ils atteignent à peine. Ils doivent lutter contre des lésions quelquefois de sclérose, même contre des adhérences (2) dues à cette attitude vicieuse, maintenue par la pression intestinale. C'est donc trop leur demander.

Les pessaires mixtes de Thomas, de Gerhüng par exemple, sont plus rationnels, mais tout aussi dangereux. Neugebauer dans sa statistique les incrimine dans 16 cas.

(1) NEUGEBAUER, Arch. f. Gyn. XLIII, 3, 1895.

(2) Baudoin les signale dans sa thèse. Dèlbet en parle également dans son article du Traité de Chirurgie.

Parmi les nombreux moyens mécaniques, nous croyons par contre que les tiges intra-utérines de Lefour (1) sont un grand perfectionnement. En aluminium, par conséquent légères et inoxydables, cannelées pour permettre l'écoulement plus facile des sécrétions utérines ou du sang, elles peuvent donc donner des succès. Bouilly (2) disait, au dernier Congrès de Bordeaux, les avoir employées dans dix cas. Deux fois pour lutter contre des symptômes de dysménorrhée qui furent bien combattus, huit fois contre la stérilité. Mais ces tiges présentent encore des inconvénients : elles demandent un point perforant à travers les lèvres du col, et une fixation avec un fil non résorbable, qui peut sectionner les tissus. Elles doivent faciliter l'infection ascendante, et condamnent aussi les femmes à un repos génital très long. Lefour en effet, les laisse quatorze mois en place dans la plupart des cas. Nous ne les envisageons pas au point de vue de leurs autres indications, drainages dans les inflammations subaiguës et chroniques de l'utérus, intolérance utérine, etc., où elles peuvent rendre des services appréciables.

Que penser de la dilatation suivie de curettage ou de cautérisation intra-utérine ? Cette méthode lutte sans doute contre la métrite si fréquente dans les déviations utérines, puisque Boursier l'a trouvée cent trente-une fois sur cent trente-quatre cas, mais un grand reproche peut lui être adressé. Elle vise plus l'effet que la cause.

(1) LEFOUR. Compte-rendu de la Sem. méd. du 17 août 1895.

(2) BOUILLY. Congrès de Gynécologie. Bordeaux, août 1895.

Les malades seront améliorées pendant quelque temps, car on aura combattu les phénomènes inflammatoires, on aura fait disparaître par la dilatation l'atrésie due à l'éperon. Mais souvent l'utérus non maintenu retombera dans sa position vicieuse, et provoquera à nouveau les symptômes momentanément disparus.

Dans les antéflexions récentes d'origine puerpérale on peut arriver cependant à de bons résultats par cette méthode. Voici la façon de faire exposée par Delbet. Après curettage on maintient la dilatation par le tamponnement, et, grâce aux applications répétées de glycérine créosotée, on peut provoquer et diriger une véritable involution artificielle.

La columnisation peut rendre également de grands services. Elle est surtout indiquée dans les cas de rétroposition utérine avec antéflexion. Il s'agit, la plupart du temps, de brides fortes dans le douglas, et de rétraction des ligaments utéro-sacrés. La columnisation, soit avec lestampons glycélinés, soit avec l'éponge, soulagera beaucoup en immobilisant l'utérus, en décongestionnant les tissus, et, par suite, en les assouplissant (1). — La dernière observation rapportée par notre ami le D^r Quincieu est une preuve évidente du bénéfice qu'on peut retirer de cette méthode.

Nous ajouterons également que la columnisation peut rendre des services après l'hystéropexie.

Elle remplacera, dans certains cas, le pessaire et, s'il

(1) M. CONDAMIN. *Lyon-Médical*, 3 juillet 1894. — Voir également l'excellente thèse du D^r Quincieu. Lyon 1895.

existe de la douglassite, aura l'avantage sur lui d'être beaucoup plus facilement supportée et d'agir efficacement sur les brides signalées.

Nous ne parlerons pas de la méthode de Thure Brandt dans le traitement de l'antéflexion. Son emploi n'est pas encore généralisé suffisamment, en France au moins, pour que l'on puisse l'apprécier.

Nous ne ferons que signaler les opérations de discissions du col (discision sagittale de Sims, incision bilatérale avec le métrotome de Simpson, l'hystérotome de Collin ou les ciseaux de Küchenmeister). Leurs résultats ne sont pas durables, la cicatrisation rétablissant vite l'état primitif. L'amputation à deux lambeaux coniques est bien préférable. Elle est également supérieure aux opérations de Marion Sims, d'Emmet, portant sur la lèvre postérieure.

L'opération de Dudley n'a guère plus d'avantage. Elle consiste à diviser la lèvre postérieure du col jusqu'à l'insertion vaginale; puis à rattacher les points saillants de la section à l'angle profond et à obtenir par sutures la réunion de ces points. L'orifice externe se trouve donc ramené à l'angle de division. Leroy-Brown, en Amérique, l'a pratiquée 22 fois dans l'antéflexion. Les résultats sommaires sont 15 améliorations, 4 résultats négatifs.

L'hystérectomie cunéiforme de Thiriar a été oubliée par son auteur lui-même.

L'hystéropexie abdominale antérieure, par une fixation solide et haute de l'utérus, est capable de lutter avantageusement avec les méthodes précédentes.

Depuis la communication de M. le professeur Laroynne au Congrès de Rome, et son article des *Annales de Tocologie* (mai 1894), depuis aussi la publication de M. le professeur agrégé Condamin (1), de nombreux cas d'antéflexions déterminant des troubles graves, ont été traités par cette méthode. Nous apportons, dans ce modeste travail, 26 observations inédites qui permettront, nous l'espérons, de juger de l'excellence de la méthode préconisée par nos maîtres.

Elle répond en effet à toutes les indications. L'utérus, fixé solidement à la paroi abdominale et dans une situation un peu élevée, est attiré en bas par les insertions vaginales. Il devient rectiligne. L'éperon de la coudure disparaît donc immédiatement. Grâce à ce résultat, la stagnation utérine n'a plus de raison d'être et la suppression souvent immédiate de la dysménorrhée douloureuse en fait preuve. Les troubles circulatoires cessent également et souvent on voit les symptômes de métrite diminuer après l'opération, puis disparaître.

Le col ramené en rectitude n'offre alors aucun obstacle à la fécondation.

Nous aurions voulu mieux compléter nos observations dans quelques cas, malheureusement nos recherches sont restées infructueuses.

(1) M. CONDAMIN. *Mercredi médical*, 16 mai 1894.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

Antéflexion utérine. Hystéropexie.

(M. Condamin.)

M. B., âgée de 24 ans, repasseuse, entrée à la Charité le 5 juillet 1894.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Depuis trois ou quatre ans les règles ont toujours été très douloureuses durant quatre ou cinq jours.

Les douleurs débutent huit jours avant la menstruation et finissent avec elle. La malade souffre dans les jambes, se plaint de céphalalgie habituelle, a une mauvaise digestion ; on note des envies fréquentes d'uriner.

La malade souffre également en dehors de ses règles. Les moindres travaux sont pénibles pour elle. A l'examen, antéflexion très marquée. Cavité utérine 6 centimètres $1/2$.

Le 6 juillet 1894. — Hystéropexie abdominale. Deux crins de Florence.

Immédiatement après l'opération l'utérus est parfaitement redressé.

Le 18 juillet. — La malade ne souffre plus en marchant.

Le 7 août. — La malade a eu ses règles le 30 juillet. Elles

ont été assez abondantes, ont duré quatre jours. Elle a beaucoup moins souffert qu'auparavant.

La malade ne s'est pas encore fatiguée ayant gardé un repos relatif jusqu'à maintenant. Elle a quitté une ceinture hypogastrique aujourd'hui, et il lui semble que son ventre tombe.

L'utérus est en bonne position. Pas trace de coudure antérieure.

8 avril 1895. — La malade va très bien. Dès l'époque qui a suivi l'opération, les règles n'ont pas été douloureuses. Elle ne s'en aperçoit pas.

Excellent état général.

OBSERVATION II.

Antéflexion essentielle. Dysménorrhée. Hystéropexie.

(M. Condamin).

M. B..., âgée de 27 ans, couturière, entrée à la Charité le 30 juillet 1894.

Pas de maladies antérieures. Réglée à 14 ans et demi sans difficulté. Pendant la première année ses règles sont venues deux ou trois fois. Depuis elles ont été très régulières et avec quelques douleurs.

La malade a fait une chute sans gravité en descendant d'un tramway, il y a trois ans de cela. Depuis un an, elle se plaint de souffrir dans les reins, le ventre et les cuisses. Elle ne peut faire aller la machine à coudre plus d'une heure. Au bout de ce temps elle ressent une fatigue extrême. Son état général devient mauvais. Sensation de lassitude générale.

Les douleurs commencent quinze jours avant ses époques, et continuent pendant toute la durée qui n'excède pas deux jours.

Peu de pertes blanches. Elle souffre en allant à la selle. Constipation continuelle.

La malade est très nerveuse. Elle prit des douches qui la soulagèrent. Antéflexion très prononcée pour laquelle on propose une hystéropexie.

Le 13 août. — Hystéropexie par le procédé de M. le professeur Laroyenne. Redressement immédiat de l'utérus. Sortie le 15 août avec un utérus bien appliqué contre la paroi abdominale et en rectitude. A part quelques tiraillements au niveau de la cicatrice abdominale, pas de douleurs.

12 février 1895. — La malade ne souffre plus du tout au moment de ses règles qui durent deux jours. N'a plus de pertes blanches. Elle ne se plaint plus de rien. L'état général est devenu excellent. La malade se sent très soutenue. Les mictions sont moins fréquentes qu'auparavant et complètement indolores.

OBSERVATION III.

Antéflexion, dysménorrhée. Hystéropexie.

(M. Condamin).

M. G..., âgée de 26 ans, née à Lyon, domestique. Entre à la Charité le 31 juillet 1894.

Réglée à 13 ans assez régulièrement, à 20 ans une grossesse anormale, à 23 ans une fausse couche de 3 mois. Bronchite il y a un an.

A la suite de sa fausse couche, la malade a vu commencer les symptômes qui l'amènent à l'hôpital et qui consistent en règles abondantes et très douloureuses, métrorrhagies à peu près continuelles, digestions pénibles, étourdissements fréquents.

Examen : utérus mobile. Antéflexion très prononcée. Cavité utérine 7 centimètres $1/2$.

Le 8 août. — Hystéropexie, deux crins de Florence. Redressement parfait après l'opération.

Le 24 août. — La malade sort du service. Etat général très amélioré. La marche n'est plus douloureuse. La malade perd encore avec assez d'abondance. Elle refuse une cautérisation avant son départ.

OBSERVATION IV.

Antéflexion. Hystéropexie.

(M. Condamin.)

M. P..., âgée de 28 ans, née à Lyon, entre à la Charité le 9 août 1894.

Bonne santé habituelle. Un accouchement il y a cinq ans. Toujours bien réglée.

Depuis deux ans les règles sont devenues douloureuses, mais ne l'ont jamais forcée à s'aliter.

Depuis deux ans des douleurs brusques survenaient dans le bas-ventre, en dehors des règles ; ces douleurs duraient de sept à huit jours.

Il y a 3 mois, les règles se sont arrêtées brusquement et sont restées deux mois sans revenir.

Depuis leur réapparition, les douleurs sont plus violentes, elles nécessitent le repos au lit.

A l'examen : antéflexion sans lésion bien marquée des annexes.

Le 10 août. — Hystéropexie par le procédé de M. le professeur Laroyenne.

Le 24 août 1894. — La malade quitte le service, marche sans difficulté, ne souffre plus du tout dans le bas-ventre.

L'utérus est en bonne position parfaitement maintenu.

OBSERVATION V.

Antéflexion. Hystéropexie.

(M. Condamin.)

J. B..., âgée de 23 ans, née à Pont-Gibaud (Puy-de-Dôme).
Entre à la Charité le 9 août 1894.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. La menstruation est douloureuse. Deux fausses couches. La première à quatre mois et demi, la deuxième à un mois et demi ; celle-ci date du 12 octobre 1893. Deux grossesses normales avant les fausses couches.

Douleurs abdominales depuis sa deuxième couche datant de trois ans.

A partir de cette époque également les règles deviennent plus douloureuses ; mais, au dire de la malade, les douleurs ne seraient guère plus intenses au moment des règles qu'en dehors de cette période.

A l'examen : utérus en antéflexion, très mobile.

11 août 1894. — Hystéropexie : deux crins de Florence.

Redressement parfait après l'opération.

25 août. — Utérus bien en place.

Plus de douleurs ; on lui place un pessaire pour soulager la cicatrice hystérofixatrice.

12 septembre 1894. — La malade revient, on lui enlève son anneau. Elle n'éprouve aucune douleur. Ses règles n'ont duré que deux jours; elles n'ont nullement été douloureuses. Auparavant la malade éprouvait des douleurs assez vives surtout accusées avant l'apparition des règles.

29 septembre. — La malade se sent bien soutenue, elle n'éprouve aucune fatigue à la marche. Quelques brides dans le cul-de-sac postérieur lui rendent le coït douloureux.

Cavité utérine, 9 centimètres $1/2$.

Columnisation : quelques séances l'ont soulagé sensiblement.

OBSERVATION VI.

Antéflexion. Hystéropexie.

(M. Condamin.)

A. G..., âgée de 23 ans, entrée à la Charité le 21 août 1894.
Bronchite à 21 ans.

Réglée à 16 ans, toujours régulièrement. La menstruation dure sept jours, ni couche ni fausse couche. Depuis huit mois douleurs continuelles dans les reins. Les règles sont douloureuses depuis deux ans avec aggravation il y a huit mois. Pendant les deux premiers jours la malade est obligée de garder le lit.

A l'examen : utérus en antéflexion. Pas de lésions des annexes.

Le 23 août 1894. Hystéropexie, 2 crins de Florence.

Le 6 septembre, règles. La malade a été nettement soulagée. Elle accuse cependant encore quelques douleurs de reins, mais qui n'ont rien de comparable à celles qu'elle éprouvait auparavant.

14 septembre. — La malade n'éprouve plus aucune douleur. Elle demande à rentrer chez elle. On lui place un pessaire pour soutenir provisoirement son utérus et soulager la cicatrice abdomino-utérine.

25 septembre. — La malade ne souffre plus du tout. Elle a eu ses règles qui n'ont pas été douloureuses. Etat général très bon. Marche sans aucune fatigue ni douleurs.

13 novembre 1894. — La malade est revue, elle ne souffre plus. L'utérus est fixé en bonne position. Elle a eu ses règles deux fois depuis l'opération. Elles n'ont presque pas été douloureuses.

OBSERVATION VII.

Antéflexion. Hystéropexie.

(M. Laroyenne.)

M. V..., âgée de 25 ans, ouvrière en soie, entrée à la Charité le 19 juillet 1894.

N'a jamais fait de maladie.

Elle ne se rappelle pas exactement à quel âge sont apparues ses premières règles (vers 12-14 ans).

Depuis elles ont toujours eu lieu, mais à des intervalles variables, trois semaines à un mois et demi. Peu de dysménorrhée.

Les dernières règles ont eu lieu au commencement de mai.

Vers la fin du mois de juin une perte abondante se déclare, expulsion de caillots.

La malade a perdu pendant quatorze jours, pendant lesquels elle dut garder le lit.

Elle vint cependant à pied à la consultation à la Charité, éprouvant des douleurs assez vives,

20 juillet, on constate un degré assez accentué d'antéflexion. On propose une hystéropexie qui est acceptée.

Hystéropexie par le procédé Laroyenne. Pas d'accidents opératoires. Redressement immédiat de la coudure.

17 août, l'utérus tient très bien à la paroi. Il n'est pas allongé, le col est en arrière.

L'utérus ne présente pas de coudure antérieure.

OBSERVATION VIII.

Annexite double Antéflexion.

Mobilité exagérée de l'utérus. Hystéropexie.

(M. Condamin.)

L. P..., 18 ans, domestique, entrée à la Charité le 15 mai 1894; en sort le 19 juin.

Bonne santé antérieure, réglée à 12 ans 1/2.

Règles toujours douloureuses.

Début de l'affection, il y a un an. Elle a eu un retard de deux mois dans ses règles; à la suite, hémorragie et caillots.

Douleurs à peu près permanentes et, depuis, elle marche difficilement.

On sent, de chaque côté, ses annexes qui sont douloureuses; le cul-de-sac de Douglas est sensible surtout à droite. Règles très douloureuses, prolongées; presque toutes les fois des caillots. Quand on fait tousser la malade on sent son utérus qui descend.

Antéflexion utérine très marquée au niveau de la coudure. Utérus petit, relativement infantile.

Cathétérisme 6 centimètres.

Hystéropexie par le procédé de M. Laroyenne, deux fils.

L'épiploon était complètement en avant de l'utérus et ce n'est que difficilement que l'on est arrivé à l'en déloger.

Immédiatement après l'hystéropexie le toucher vaginal montre que la coudure anté-utérine a complètement disparu.

Le 13 juin, utérus en bonne position, parfaitement droit. On ne sent pas d'annexes dans le cul-de-sac de Douglas. Cavité utérine, 8 centimètres. Coudure antérieure complètement disparue.

28 juin. — La malade va bien, elle se plaint d'un point dans l'hypochondre gauche, mais qui n'est pas en relations avec ses annexes. L'utérus est toujours en bonne position.

28 août. — L'utérus est toujours en bonne position. La malade a contracté une blennorrhagie uréthrale. Les annexes sont toujours sensibles au toucher, mais ne provoquent pas de douleurs spontanées.

Les dernières règles n'ont pas été douloureuses.

OBSERVATION IX.

Antéflexion cervico-cervicale. Hystéropexie.

(M. Condamin.)

M. D., âgée de 33 ans, née à Losne (Côte-d'Or), entre à la Charité le 24 mai 1894.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Quatre accouchements. Le dernier date de sept ans. Il y a trois ans et demi, curettage utérin dans le service; à la suite, soulagement très notable. Cavité utérine 7 centimètres $1/2$.

Depuis deux ans, douleurs dans le bas-ventre survenant d'une façon intermittente et disparaissant par le repos au lit. Règles douloureuses.

A l'examen utérus en antéversion très marquée et anté-

flexion cervico-cervicale. Le col de l'utérus est couché tout entier dans le cul-de-sac antérieur. Le col est fortement attiré en arrière. Le 4 juin, hystéropexie ; deux fils de crin ; l'utérus est complètement redressé.

Le 21 juin, la malade ne souffre plus du tout, elle marche bien.

Utérus en bonne position. Tient bien à la paroi. Pression dans le cul-de-sac non douloureuse. Cavité utérine 9 centimètres.

La malade souffrait beaucoup au moment de ses règles ; nous ne savons pas si l'opération a modifié cet état, car elle n'a pas eu ses règles depuis l'opération. On lui place un anneau pour aider l'action des fils hystéro-fixateurs et en raison des fatigues qu'elle s'impose. Pas revue.

OBSERVATION X.

Antéflexion utérine. Hystéropexie.

(M. Laroyenne.)

M. A., ménagère, 27 ans, entre le 3 juillet 1894. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Règles un peu douloureuses. Trois fausses couches, la dernière en janvier 1894.

La malade était enceinte de deux mois et demi, elle n'accuse aucun symptôme morbide, sauf des douleurs à la marche. Elle dit venir à la Charité uniquement pour se faire soigner dans le but de n'avoir pas de nouveaux avortements.

Pas de signe de syphilis.

A l'examen, utérus en antéflexion très marquée. Le fond vient absolument se loger sur le col.

Cavité utérine, 9 centimètres.

Le 4 juillet, hystéropexie. Deux crins de Florence. Immédiatement après, redressement parfait.

Le 18 juillet, l'utérus est en très bonne position, le fond est bien fixé contre la paroi abdominale. La malade marche très bien sans souffrir.

Auparavant elle souffrait dès qu'elle marchait. Quitte le service très satisfaite. Doit nous prévenir s'il survient une grossesse.

OBSERVATION XI.

Antéflexion utérine. Annexite légère à gauche.

(M. Condamin.)

F. D..., âgée de 38 ans, domestique, entre à la Charité le 28 août 1894.

Bonne santé habituelle jusqu'à son accouchement. Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'à il y a cinq ou six mois. Mal réglée depuis ce moment. Intervalle de six semaines.

Une grossesse normale à 25 ans. Depuis ce moment, douleurs abdominales vagues. Depuis trois ans, douleurs plus prononcées à gauche.

L'état s'est aggravé voilà cinq ou six mois et depuis deux mois la malade a du quitter son travail.

Elle a de la peine à marcher. Les règles sont devenues très douloureuses (durée huit à dix jours ordinairement).

A l'examen antéflexion et un peu de latérotation, annexite double constituée à gauche par un noyau du volume d'une grosse amande, à droite par une sorte de cordon. L'examen est très douloureux. La pression au niveau du cul-de-sac de

Douglas est particulièrement douloureuse. Les annexes paraissent peu volumineuses.

Le 5 septembre 1894 hystéropexie, procédé Laroyenne. On constate que les annexes sont plus dures qu'elles ne paraissent au palper bimanuel. L'ovaire gauche est un peu plus gros. Mais pas d'adhérences. Cavité utérine 8 centimètres 1/2. Fixation de l'utérus par deux fils. Redressement immédiat complet après l'opération.

Le 19 septembre la malade sort; l'utérus est en bonne position. Les douleurs ont cessé.

OBSERVATION XII.

Antéflexion. Hystéropexie.

(M. Laroyenne.)

Claudine D..., femme C..., âgée de 34 ans, épicière, entre à la Charité le 13 septembre 1894 ; sort le 1^{er} décembre.

Réglée à 14 ans, pas très régulièrement avant son mariage. Les périodes menstruelles ont toujours été très douloureuses jusqu'à son premier accouchement.

En 1880, une fausse couche à deux mois et demi.

En 1887, un accouchement avec application de forceps sans anesthésie. L'enfant est vivant et bien portant.

Deux ans avant on avait été obligé d'inciser le col de l'utérus pour faciliter l'écoulement du flux menstruel.

Prompt rétablissement après la couche.

Jusqu'en 1891, la malade s'est très bien portée; les règles étaient moins douloureuses et plus régulières.

A cette époque nouvel accouchement, mais le travail a été très long. Enfant vivant. Quinze jours après (février 1891), la

malade prend une hémorragie utérine très abondante pour laquelle on l'a tamponnée pendant plusieurs jours; on lui donnait de l'ergot de seigle, les injections chaudes ayant été inutilement employées.

Le sang était mélangé de caillots noirâtres. Depuis cette hémorragie la malade a été obligée de porter une ceinture abdominale sans laquelle il lui était impossible de marcher et de faire aucun travail.

Par intervalle de deux ou trois fois par semaine elle est prise de douleurs dans le bas-ventre et dans les reins et au creux épigastrique.

Leucorrhée assez abondante. La malade urine malgré elle, sous l'influence du moindre effort mais sans douleurs. Constipation habituelle.

Il y a trois semaines, sous l'influence d'une fatigue, tous ces symptômes ont augmenté d'intensité. C'est pourquoi la malade entre dans le service.

A l'examen : antéflexion très marquée avec col étalé et aplati. Léger prolapsus.

Le 16 septembre. — Hystéropexie.

Quelque temps après l'opération, on sent l'utérus parfaitement redressé remonté. L'antéflexion a complètement disparu. Pendant la laparotomie on s'est rendu compte que les annexes étaient intactes.

Le 1^{er} décembre. — La malade est revue; l'état général est excellent; l'utérus est bien fixé et la malade ne souffre plus.

OBSERVATION XIII.

*Salpingo-ovarite double, surtout droite. Hystéropexie.
Ablation de la trompe droite.*

(M. Laroyenne.)

Pierrette J..., couturière, âgée de 22 ans, entrée à la Charité le 3 novembre 1894.

Il y a dix mois, accouchement non à terme d'un enfant vivant. La malade se lève trois jours après sa couche. Elle ne tarde pas à souffrir dans le ventre.

Premier séjour à la clinique en juin 1894.

Columnisation et vésication. L'amélioration qui se montra persista jusqu'au mois d'août de la même année. Depuis, douleurs fréquentes dans le bas-ventre et les reins. Gêne de la miction.

Constipation opiniâtre.

La malade est très nerveuse et a déjà pris de nombreuses crises d'hystérie. A l'examen : utérus en antéversion avec antéflexion. Les mouvements de l'utérus sont très douloureux. Dans les culs-de-sac latéraux les trompes sont grosses, surtout à droite et douloureuses à la pression.

Induration du Douglas constatée également par le toucher rectal.

7 novembre 1894. — La malade est examinée par M. le professeur Laroyenne qui constate une antéflexion très marquée avec corps utérin globuleux, ayant été empêché par l'antéflexion de revenir sur lui-même après la grossesse.

La cavité utérine mesure 7 centimètres.

Il existe une salpingo-ovarite bilatérale.

9 novembre 1894. — Hystéropexie et ablation de la trompe droite qui est de beaucoup la plus malade. Quelques gouttes de liquide louche contenu dans la trompe ont jailli dans le péritoine.

Après l'opération, le toucher vaginal montre que l'antéflexion a disparu.

1^{er} décembre 1894. — La malade sort du service. Elle ne souffre presque plus. Son utérus est en rectitude parfaite.

15 octobre 1895. — La malade est restée plus de trois mois sans avoir ses règles après l'opération.

Elle a conservé, pendant quatre mois, une fistule petite et dit que huit jours avant la guérison, il y eut expulsion d'un petit débris noir (très probablement constitué par un fil).

Les règles sont moins abondantes. Il y eut deux retards

l'un de deux mois, l'autre de quinze jours sans trace d'avortement consécutif.

Actuellement la malade souffre encore surtout du côté gauche. Les douleurs sont beaucoup moins fréquentes ; elles affectent parfois le caractère de coliques assez violentes pour nécessiter le repos au lit.

Les mictions sont fréquentes.

Quelques crises d'hystérie, mais plus rares.

L'utérus est en bonne position, bien fixé.

Trompe gauche est encore indurée, un peu grosse.

OBSERVATION XIV.

Antéflexion. Hystéropexie.

(M. Laroyenne.)

Francine P..., âgée de 33 ans, domestique, entre à la Charité le 22 novembre 1894.

La malade n'a jamais été bien portante. Anémie ; affection nerveuse pour laquelle elle a été soignée par M. le docteur Carrier. Variole à 10 ans.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement au début. Il y a quelque temps les règles avaient disparu pendant près d'un an, mais ont réapparu régulièrement depuis.

La malade a presque toujours souffert du ventre, surtout pendant ses règles. Les douleurs s'irradiaient dans les reins et les espaces intercostaux. La digestion était très mauvaise, vomissements fréquents, une heure ou deux après les repas. De temps en temps leucorrhée. Maintenant la malade ne souffre pas beaucoup, à moins qu'elle ne soit trop fatiguée. Les mictions sont fréquentes et douloureuses. L'urine donne

une sensation de brûlure tout le long du canal. Constipation opiniâtre ne cédant qu'à des lavements journaliers.

A l'examen, antéflexion très marquée. Le 24 novembre, hystéropexie (M. Laroyenne). Les anses intestinales se présentent à l'ouverture abdominale et empêchent de voir le fond de l'utérus. On est obligé d'introduire deux éponges aseptiques dans la cavité abdominale pour les maintenir en position, après quoi on peut amener l'utérus et le fixer par deux crins de Florence, suivant la méthode de M. Laroyenne.

Le 8 décembre 1894, la malade quitte la clinique; l'utérus en bonne position, elle ne souffre pas.

Le 26 décembre 1894, à l'examen, cavité utérine, 8 centimètres 1/2. Utérus en bonne position et bien fixé. Ses règles ont apparu en assez grande quantité et assez douloureuses, quoique beaucoup moins qu'avant l'opération.

15 février 1895. — Le col est bien en arrière, haut. Cavité utérine, 10 centimètres. Utérus bien appliqué contre la paroi abdominale. Les règles ont conservé les mêmes caractères d'abondance et de fréquence.

Les deux périodes qui ont suivi l'opération ont été douloureuses, mais elles le deviennent de moins en moins. La malade marche plus facilement.

29 mars 1895. Cavité utérine, 9 centimètres et 1/2.

Les règles ont été plus régulières encore, assez douloureuses. Plus de caillots. La malade marche mieux.

Elle se plaint d'éprouver quelques tiraillements au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION XV.

Antéflexion. Dysménorrhée. Hystéropexie.

(M. Condamin.)

F. M..., âgée de 25 ans. Réglée à 12 ans. Règles douloureuses un peu prolongées, obligeant généralement la malade

à garder le lit. Mariée à 20 ans, elle a eu un enfant l'année suivante. Malgré son accouchement les règles ont continué à être douloureuses.

Depuis deux ans, l'augmentation des douleurs pendant les règles l'ont obligée à consulter. Les douleurs maintenant existent non seulement pendant les règles, mais encore en dehors d'elles.

Fréquence des mictions. A l'examen on constate que l'utérus est un peu abaissé. Il présente un état d'anté-coudure très accentuée. On sent également une annexe prolabée dans le cul-de-sac postérieur. Sensibilité à la pression, mais pas de douleur véritable. On propose l'hystéropexie qui est acceptée.

21 septembre. — Dilatation de l'utérus et hystéropexie par le procédé de M. Laroyenne. On ne fixe pas l'utérus très haut.

L'ovaire gauche paraît un peu plus gros que normalement.

Trompe saine.

Immédiatement après l'opération, on constate un redressement absolu de l'utérus. Le col se porte en arrière et l'anté-coudure a complètement disparu.

14 octobre 1894. — La malade quitte le service, ne souffrant pas du tout. L'utérus est en bonne position. La cavité utérine mesure 6 centimètres 1/2.

16 novembre 1894. — La malade est revue et montrée aux membres du Congrès de chirurgie. Les règles viennent de finir. Pour la première fois de sa vie, la malade ne s'en est pas aperçu. Elle a fait son travail habituel, sans éprouver la moindre douleur. La marche n'est pas pénible. Les douleurs spontanées sont nulles. Utérus en position excellente.

Les règles, qui étaient très abondantes, n'ont duré que trois jours.

La malade a vu disparaître quelques troubles de la miction, douleurs légères, fréquence.

1^{er} avril 1895. — Depuis deux mois, suppression des règles, signes de grossesse, utérus en très bonne position. Malade très satisfaite.

15 septembre 1895. — La suppression des règles ne cor-

respondait pas à une grossesse. La menstruation s'est rétablie sans signe d'avortement, deux mois et demi après la suppression.

Depuis, les règles sont régulières, non douloureuses, peu abondantes (elles durent un jour).

Les troubles urinaires ont également disparu. Cependant au mois de mars 1895, pendant quelques jours, les mictions furent plus fréquentes sans symptômes de blennorrhagie.

L'utérus est toujours en bonne position, bien appliqué contre la paroi abdominale.

OBSERVATION XVI.

Antéflexion. Annexite double à prédominance gauche.

Rupture des adhérences. Hystéropexie.

(M. Laroyenne.)

Justine P., chemisière, âgée de 31 ans, entre à la Charité le 26 septembre 1894, dans la salle Sainte-Thérèse, n° 15.

Depuis plusieurs années, douleurs dans le bas-ventre, dans les reins, au moment des règles. Il y a trois ans, un accouchement normal à terme. Pas de fausse couche, pas de pertes blanches. Les règles ont été toujours extrêmement douloureuses soit avant, soit après son mariage. Les règles durent deux jours. Il y a deux mois, quelques cuissons au moment de la miction.

A l'examen : au toucher, douleur dans le cul-de-sac antérieur; utérus mobile avec mouvements indolores.

Le col est large, déchiré, et permet l'accès de la pulpe digitale. Il existe un certain degré d'antéflexion.

Les annexes du côté droit sont douloureuses et volumineuses, un peu de douleur à gauche.

Le 24 décembre. — Opération. Adhérences des annexes gauches et petit fibrome utérin à droite. Déchirure des adhérences et hystéropexie par le procédé de M. Laroyenne.

Le 24 décembre. — La malade a eu ses règles, elle n'a pas souffert. Elle marche bien et se déclare satisfaite.

Le 28 mars 1895. — La malade a eu des règles régulières, non douloureuses. Elle est très satisfaite. Utérus en rectitude complète.

OBSERVATION XVII.

Rétroposition adhérente. Antéflexion. Hystéropexie.

(M. Laroyenne.)

P. M... Premières règles à 14 ans, douloureuses. Jamais de fausses couches. Un accouchement à terme il y a quatre ans. Depuis cette époque, la malade n'est plus réglée régulièrement. Ses époques reviennent presque toutes les trois semaines et durent de huit à quinze jours. Pas de pertes blanches. La malade souffre à peu près continuellement. Les douleurs s'irradient dans les cuisses, les lombes. Elle a beaucoup de peine à marcher. Souvent elle est obligée de garder le lit.

Etat général peu satisfaisant. Troubles digestifs nombreux, constipation habituelle.

Au palper on sent l'utérus en rétroposition fortement attiré en arrière par les ligaments utéro-sacrés rétractés et par des brides de paramétrite. Cette attache en arrière porte surtout sur l'isthme du col. Le corps et le col sont dirigés en avant.

Peu de lésions des annexes.

14 janvier 1895. — Hystéropexie. On libère les adhérences qui attirent l'isthme de l'utérus en arrière. On se rend compte que les annexes ne sont presque pas malades et l'on fixe l'utérus par trois crins de Florence à la paroi abdominale.

Immédiatement après l'opération on constate que l'antécoudure a disparu.

4 février. — La malade est examinée. L'utérus est en rectitude. Le fond est plaqué contre la paroi abdominale antérieure. La malade ne souffre plus, sauf un peu au niveau de la cicatrice abdominale quand elle tousse. On sent quelques brides en arrière de l'utérus, mais celles-ci semblent faibles.

7 février. — La malade marche bien. Elle rentre chez elle; on lui place un pessaire pour soulager la cicatrice hystéro-abdominale.

26 février. — La malade tousse beaucoup; elle a quelques douleurs dans le ventre.

L'examen montre que sa rétroposition et son antéflexion sont complètement corrigées.

28 mars 1895. — La malade va très bien; elle n'accuse que quelques nausées et quelques vomissements. Pas de règles depuis deux mois, probablement grossesse.

Fin octobre 1895. — La malade est restée jusqu'à la fin juin sans avoir ses règles qui sont alors revenues sans signe d'avortement. Elles durent actuellement six à huit jours très régulièrement jusqu'à ses deux dernières époques. Elles se sont alors montrées à vingt jours d'intervalle. De très rares fois la malade a ressenti de légères douleurs à la miction, au moment des règles.

Elle marche sans peine, ne souffre presque plus, et se trouve satisfaite.

On enlève le pessaire.

Utérus très bien fixé, sans flexion.

OBSERVATION XVIII.

Antéflexion. Annexite double. Ablation double d'annexes.

(M. Laroyenne.)

Francine T..., âgée de 34 ans, ménagère, entre à la Charité le 4 septembre 1894.

Etat maladif habituel depuis l'enfance. Réglée à 18 ans, mais irrégulièrement.

Actuellement les règles durent une quinzaine de jours et sont douloureuses.

Une grossesse normale à 28 ans. Elle entre à la Charité pour des douleurs abdominales se propageant aux reins, surtout accusées du côté gauche.

A l'examen : antéflexion très accusée, annexite double, constituée à gauche par deux noyaux de petite dimension et à droite par un seul noyau de même dimension. L'examen est très douloureux, le col est fortement tiré en arrière. Le cul-de-sac de Douglas est en partie effacé.

Le 5 septembre 1894. — Opération. Après la laparotomie on constate que les annexes des deux côtés sont malades. Les ovaires sont scléreux, kystiques.

Un seul kyste se rompt pendant les manœuvres de décortication.

Les trompes sont volumineuses, complètement oblitérées, formant une masse unique avec l'ovaire correspondant. On les enlève des deux côtés. On constate alors que les trompes sont fongueuses et renferment un liquide puriforme à leur extrémité externe.

Le 16 octobre 1894. — L'utérus est haut. Les culs-de-sac sont libres. Marche sans ressentir aucune douleur. Etat général très bon.

OBSERVATION XIX.

B. Marie, 27 ans, couturière, rentrée à la Charité fin janvier 1895. — Rhumatisante, souffre aussi de l'estomac depuis neuf années.

La menstruation s'est établie à 15 ans. Les règles ont toujours été très douloureuses, plus autrefois même qu'à l'heure actuelle.

Elles durent huit jours. Les premiers jours, la malade souffrant à se rouler à terre, était obligée de garder le lit.

Ni accouchement ni fausse couche.

Depuis quelque temps les mictions sont fréquentes et douloureuses. Quelques pertes blanches.

Les dernières règles datent du 11 janvier, elles ont été très abondantes et très douloureuses. Après leur disparition la malade a continué à souffrir et ne s'est pas relevée.

A l'examen : on trouve l'utérus en antéflexion très marquée, l'angle de flexion porte sur l'isthme. La pression dans le cul-de-sac de Douglas est douloureuse, celle des culs-de-sac latéraux également. Salpingite double.

1^{er} février 1895. — Lâparotomie, les trompes sont peu dilatées, ovaires un peu gros.

Des deux côtés ils ont contracté des adhérences lâches qu'on libère facilement.

L'utérus est ensuite fixé suivant la méthode de M. le professeur Laroyenne.

Pas d'incidents opératoires. L'opération terminée on constate que la coudure a disparu. Le lendemain et le surlendemain la malade souffre un peu au niveau de sa plaie, elle ressent des tiraillements.

14 février 1895. — Col très haut. Utérus bien plaqué contre la paroi abdominale. La malade a eu ses règles. Elle a moins souffert qu'auparavant.

19 mars 1895. — Les dernières règles ont été abondantes et assez douloureuses. Les douleurs qui les précédaient autrefois

ont complètement disparu. Pas de souffrance à la marche. Trompe droite un peu grosse.

11 juin 1895. — La malade est revue. Son utérus est en bonne position. Elle n'a plus souffert des reins. Les règles sont moins douloureuses.

La salpingite droite persiste encore un peu et provoque des douleurs.

L'état général s'est sensiblement amélioré.

24 octobre 1895. — Les règles durent actuellement quatre jours, au lieu de huit ou dix. Elles sont régulières dans leur apparition.

Plus de douleurs de reins. Quelques lancées par moment dans le côté droit.

Pas de pertes blanches.

Les mictions sont bien moins fréquentes. On constate que l'utérus est en bonne position et bien fixé. Trompe droite toujours indurée.

- La malade est très satisfaite.

OBSERVATION XX.

F... Marie, 25 ans, perleuse.

Réglée à 14 ans, assez régulièrement.

Syphilis contractée il y a trois mois. Jamais de grossesse.

Les règles ont toujours été régulières, peu abondantes, durant trois jours.

Depuis trois mois elles sont précédées de douleurs très vives siégeant au niveau de l'hypogastre et aussi dans les reins, douleurs qui diminuent lorsque l'écoulement est établi.

Examen : col utérin regardant directement le rectum. Le fond utérin est senti avec la plus grande facilité vers le pubis.

Cavité utérine à 6 centimètres 1/2.

27 septembre 1894. — Hystéropexie, deux crins de Florence. Après l'ouverture abdominale on trouve, malgré la position déclive très prononcée donnée à la malade, une lame d'épiploon intercalée entre l'utérus et la paroi abdominale, on la refoule en haut. Procédé d'hystéropexie de M. le professeur Laroyenne. Après l'opération, l'examen montre l'utérus parfaitement redressé.

9 octobre 1894. — La malade ne souffre plus. La marche n'est plus pénible comme auparavant.

15 août 1895. — L'utérus est en bonne position. On ne trouve aucune trace de coudure. Du côté des annexes on ne sent rien à droite, à gauche la trompe est légèrement tuméfiée. La malade qui souffrait beaucoup au moment de ses règles ne souffre plus aujourd'hui.

Durée de la menstruation, quatre jours.

Cavité utérine, 7 centimètres 1/2.

21 septembre 1895. — La menstruation est toujours régulière. Elle dure trois jours. Elle est un peu plus abondante. Les douleurs qui précédaient l'établissement des règles ont à peu près disparu. La marche est très facile.

Mictions normales.

Somme toute, au dire de la malade, son état est parfait. Utérus toujours bien fixé.

OBSERVATION XXI.

Antéflexion. Salpingite gauche. Hystéropxie. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauches.

(M. Laroyenne.)

G. Marthe, 18 ans 1/2. Ni accouchement ni fausse couche. Scarlatine il y a trois ans.

Réglée à 12 ans. Menstruation régulière, abondante, du-

rant huit jours. En février 1895, la malade ayant ses règles vit celles-ci s'arrêter après un lavage avec de l'eau froide.

Le lendemain et les jours suivants, vives douleurs dans le bas-ventre, allant en augmentant et obligeant la malade à garder le repos au lit pendant deux mois.

Depuis les règles sont réapparues, mais durent jusqu'à quinze jours, en même temps que la malade souffre dans le côté gauche du ventre et dans les cuisses.

Leucorrhée abondante. A l'examen : l'utérus est en antéflexion, avec sillon de coudure très net.

Le cul-de-sac latéral gauche est induré, le toucher bimanuel fait constater une trompe dilatée, tortueuse et douloureuse à la pression.

21 septembre 1895. — Hystéropxie (deux fils) et ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. Celle-ci contenait dans son intérieur, quelques gouttes de liquide puriforme. Elle était indurée et tortueuse.

4 octobre 1895. — La malade s'en va guérie, ne souffrant plus. Etat général excellent.

15 novembre 1895. — Depuis l'opération, la malade a eu ses règles deux fois (durée neuf jours). Les douleurs violentes qu'elle ressentait avaient presque complètement disparu. Plus de douleurs de reins, quelques tiraillements au niveau de la plaie, qui n'est pas encore complètement cicatrisée. Il reste une petite fistule.

L'utérus est en bonne position, bien fixé

Depuis six à huit jours, la malade qui était très heureuse du résultat de l'opération est un peu désolée, car elle accuse des douleurs dans le bas-ventre et se plaint de pertes très abondantes. Elle souffre beaucoup en urinant, surtout à la fin de la miction.

On trouve une blennorrhagie aiguë avec rougeur de la vulve et avec oedème des petites lèvres.

OBSERVATION XXII.

Antéflexion. Hystéropexie.

Ch. P..., 24 ans, ménagère. Régée à 16 ans, irrégulièrement. Durée deux ou trois jours. Pendant trois ans la menstruation n'a pas été douloureuse. Elle l'est devenue surtout depuis un avortement qui a eu lieu il y a huit mois (la grossesse datait de deux mois, longue convalescence). Dans ces derniers temps, à chaque période menstruelle, la malade était obligée de garder le lit, elle ne pouvait manger et souffrait énormément. Leucorrhée abondante, constipation, pas d'appétit. Pendant sa grossesse la malade urinait fréquemment, sans douleur spéciale au moment de la miction.

Examen : col est atteint facilement. On sent en avant le corps fortement fléchi. L'angle de flexion porte sur l'isthme.

23 août 1895. — Hystéropexie, deux crins.

Le 16 septembre 1895, la malade quitte le service. Elle ne souffre pas du tout. L'utérus est en rectitude, bien appliqué à la paroi. Etat général très bon.

OBSERVATION XXIII.

Antéflexion douloureuse. Troubles vésicaux.

Crises d'hystérie. Hystéropexie.

C..., Evelina, 27 ans, fièvre typhoïde à 8 ans. Régée à 15 ans, toujours irrégulièrement. Douleurs depuis trois ans.

Durée de la menstruation : de quelques heures à plusieurs jours. Ni accouchement, ni avortement.

Il y a trois ans, douleurs internes dans les reins au moment

OBSERVATION XXIV.

Antéflexion. Hystéropexie.

Marie Th..., femme M..., 25 ans, blanchisseuse. Réglée à 12 ans. Menstruation régulière, de durée de 3 à 4 jours. Pertes assez abondantes.

Depuis six mois, la malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre (elle en accuse sa nouvelle profession de blanchisseuse). Elles étaient intolérables et forçaient la malade à s'aliter. L'écoulement, peu abondant, durait à peine vingt-quatre heures.

Constipation. — Pas de troubles vésicaux.

A l'examen : utérus en antéflexion marquée.

Le 13 septembre 1895. — Hystéropexie d'après le procédé de M. Laroyenne ; deux crins de Florence.

Revue à la fin d'octobre. — La malade a eu ses règles le 25 octobre 1895. Elle a beaucoup moins souffert.

La durée des règles est de quatre jours.

La malade est très satisfaite de son amélioration.

Utérus en bonne position, appliqué à la paroi.

Plaie abdominale guérie.

OBSERVATION XXV.

Antéflexion. Hystéropexie.

D..., lingère, 26 ans, premières règles à 18 ans.

En 1892, fausse couche de trois mois et demi. Depuis cette époque la malade a souffert d'une façon continue avec exacer-

bation au moment des règles. La marche était très pénible. Depuis cette époque la menstruation est plus abondante et dure huit à dix jours. A ce moment la miction, fréquente, est un peu douloureuse.

Perte de l'appétit. Amaigrissement.

L'examen montre l'utérus en antéflexion.

11 janvier 1895. — Hystéropexie par le procédé de M. La-royenne.

La malade est rapidement soulagée, elle quitte le service le 11 janvier 1895.

Depuis elle n'a presque pas souffert.

L'appétit est revenu.

Elle a eu une fois ses règles le 21 février. Elles ont été beaucoup moins abondantes, ont duré deux jours et demi, ont été absolument indolores.

2 avril 1895. — La malade souffre un peu du côté droit, quelques coliques seulement.

La marche n'est pas du tout pénible.

Fin octobre 1895. — Depuis l'opération, après une disparition de près de deux mois au début, les règles se sont montrées régulièrement depuis. Elles durent deux jours et demi.

Il existe encore de légères douleurs au début de la menstruation, elles disparaissent aussitôt celle-ci établie.

Depuis l'opération également, on ne trouve plus les symptômes vésicaux qui existaient au moment des règles.

La malade dit actuellement aller très bien. Elle peut travailler, ce qu'elle ne pouvait faire avant son opération.

L'utérus est bien fixé à la paroi. On ne sent pas de dureté.

OBSERVATION XXVI.

Antéflexion. Annexite double légère. Brides dans le douglas. Hystéropexie. Grossesse actuelle de cinq mois.

(M. Condamin.)

M... Eugénie, 25 ans, lingère. Il y a deux ans, la malade eut un avortement après un retard de deux mois.

Chute de voiture il y a deux ans, n'ayant pas coïncidé avec son avortement.

Les règles, ces deux années, sont irrégulières, très douloureuses surtout avant et au début de la menstruation; elles durent dix à douze jours.

Métrorrhagie de quinze jours au mois de mai 1894.

Leucorrhée abondante.

Depuis sa chute, la malade a souffert de tiraillement dans le ventre et dans les reins.

Constipation opiniâtre.

Troubles digestifs : nausées, crampes d'estomac. Peu d'appétit.

Au moment des règles surtout, les mictions deviennent fréquentes et un peu douloureuses.

A l'examen on note : corps de l'utérus est atteint très facilement par le toucher vaginal. Il est en antéflexion. Mobilité. Quelques brides dans le Douglas. Les trompes sont un peu grosses et douloureuses de chaque côté à la pression.

20 avril 1895. — Hystéropexie par le procédé de M. Laroynne. On constate que le corps est fléchi sur le col. On trouve également des brides dans le Douglas.

Pas d'ablation d'annexes.

9 mai 1895. — La malade, qui souffrait beaucoup autrefois au moment de ses règles, vient de les avoir. Elles ont été

peu abondantes et non douloureuses. La malade se plaint seulement de ses troubles digestifs.

Fin octobre 1895. — Les règles sont revenues au mois de juin (8 juin), pour la dernière fois. Elles ont duré six jours et n'ont pas été douloureuses. Depuis ce moment disparition de la menstruation. La malade est actuellement enceinte de plus de quatre mois.

L'utérus est à quatre travers de doigt au dessus de la symphyse. Il est fixé absolument à la paroi. La cicatrice est étalée et impossible à mobiliser sur l'utérus.

Les bruits du cœur sont perçus un peu au dessus de la branche horizontale gauche du pubis. La malade n'a pas encore senti les mouvements actifs du fœtus ; à part quelques tiraillements au niveau de la paroi, elle n'a pas eu de troubles spéciaux. Elle est très satisfaite et promet de venir faire ses couches à la Charité.

Comme on a pu le voir, le résultat, peut-être le plus constant et presque toujours immédiat, est la disparition des symptômes de dysménorrhée douloureuse. — Les observations VIII, XV, XVI, XVII, XX, XXI, XXVI, entre autres, sont en effet très probantes. Ce phénomène n'a rien qui puisse nous surprendre ; car, par les constatations immédiates après l'opération, et celles recueillies à distance, l'utérus a toujours été maintenu en rectitude par la fixation. L'écoulement des menstrues peut s'effectuer facilement et devient ainsi régulier.

A ce propos nous ferons remarquer que plusieurs fois après l'hystéropexie, les règles se suppriment pendant deux et même cinq mois. Il est prudent de prévenir

les malades de la possibilité d'un semblable fait qui n'est pas sans les inquiéter.

Dans tous les cas, le crin de Florence a été employé, et nous a donné d'excellents résultats. Deux fils, trois au maximum, étagés transversalement et parallèlement suffisent pour assurer une solide fixation. Plusieurs fois nous avons constaté la persistance assez longue de fistulettes, sans importance du reste, qui se sont rapidement fermées après l'expulsion de débris de fils.

Jamais nous n'avons noté de troubles vésicaux dus à l'hystéropexie, ce qui est en rapport avec ce que l'on sait depuis longtemps déjà. Disons à ce propos que Chrostowski (1) les aurait notés neuf fois seulement sur trois cent quatre-vingt neuf hystéropexies. Ceux qui existaient du fait de l'antéflexion ont au contraire été améliorés dans tous les cas.

Deux fois nous avons vu diminuer le nombre des crises chez des hystériques avérées.

Si, dans quelques cas, l'amélioration peut paraître peu sensible ou ne se maintient pas, c'est qu'il s'agit de poussées inflammatoires, soit du côté des annexes, soit du côté du péritoine pelvien. Deux fois des malades ainsi examinées étaient en puissance de blennorrhagie aiguë contractée après l'opération. Il suffira alors de préciser le siège des douleurs, leur apparition, pour constater l'heureux résultat cependant fourni par l'hystéropexie. Nous ajouterons aussi que, dans plusieurs cas, les malades atteintes de paramétrite postérieure

(1) CHROSTOWSKI. Thèse de Saint-Petersbourg, 1891.

ont suivi consécutivement un traitement par la colum-nisation dont elles ont retiré les plus grands avan-tages.

Les malades, pendant les premiers temps qui suivent l'opération, ont toujours porté une plaque hypogastri-que, qui immobilise leur cicatrice, empêche les tirail-lements qu'elles accusent au début, et soutient leur paroi abdominale. Au point de vue des éventrations ultérieures, c'est aussi une excellente précaution. Cette complication n'a jamais été notée, grâce aux sutures exactes à trois étages, qui sont faites réguliè-rement quelle que soit l'étendue de la laparotomie.

Enfin une de nos malades est actuellement enceinte de cinq mois. Le début de la grossesse a été marqué par quelques tiraillements au niveau de la cicatrice. Actuellement l'examen fait voir que les adhérences n'ont nullement cédé, l'utérus est fortement immobi-lisé contre la paroi. Nous espérons que tout se passera bien, comme dans nos cas précédents.

CHAPITRE DEUXIÈME.

DE LA FIXATION.

Nous croyons devoir attirer de nouveau l'attention des opérateurs sur l'importante question du nombre et du siège des fils hystéro-fixateurs, pour laquelle existent encore bien des divergences. En compulsant les diverses observations publiées ces derniers temps, on est surpris des variations nombreuses qui se montrent dans le manuel opératoire de l'hystéropexie abdominale directe.

Les uns, comme Gallet (1) et Fraipont (2), se contentent, dans les rétrodéviations, d'un seul fil (Gallet : soie de Chine) horizontalement placé d'une trompe à l'autre à 2 millimètres d'épaisseur. — Jeannel (3),

(1) GALLET. Archives de tocologie, avril 1895.

(2) FRAIPONT. Arch. de gyn. et d'obst., janvier 1895.

(3) JEANNEL. Nouvelles archives d'obstétrique, 25 septembre 1895.

abandonnant le catgut qui lui a donné des récidives, conseille également un seul fil transversal, et de substance lentement résorbable.

Segale (1) emploie encore le catgut. Roux, de Lausanne (2), se sert également de fils semblables qu'il place dans les cas de rétroversion sur le fond même de l'utérus.

En Amérique, Edebohls (3) place trois crins de Florence sur le fond utérin sans tenir compte de l'âge des malades.

Penrose (4) conseille, même dans les rétroversions, de fixer les fils sur la face postérieure de l'utérus, croyant ainsi éviter le retour définitif de cet organe à sa position vicieuse. — Ces quelques citations suffisent pour montrer la divergence qui existe encore entre les opérateurs.

Notre manière de comprendre cette fixation est tout autre.

Une première règle absolument immuable, et sur laquelle insiste beaucoup M. le professeur Laroyenne, est la suivante : chez une femme n'étant pas arrivée à la ménopause, le siège du fil supérieur, quel que soit le genre d'affection que l'on se propose de combattre, ne dépassera pas en hauteur le plan des orifices

(1) SEGALE. *Revue de Chirurgie*, 1895.

(2) ROUX cité par Poltowicz. *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1895.

(3) EDEBOHLS. *New-York, J. of. gynec. and obst.*, juin 1894.

(4) PENROSE. *Ann. j. of obst.*, mars 1895.

tubaires. Ce point est en rapport avec le développement de l'utérus gravide, si bien décrit dans la thèse du docteur LÉON (1). Il est appuyé également sur l'étude de la coupe de Braun (femme en travail, cadavre congelé). Nous ne pouvons mieux faire que d'en rapporter les conclusions déduites par notre maître et exposées au dernier congrès de Bordeaux :

« J'ai constaté, dit-il : 1° que l'orifice de la trompe se
« trouve en avant de l'axe utérin ; 2° que cet orifice est
« situé à égale distance du fond de la matrice et d'un
« plan horizontal passant par l'orifice interne. Ce qui
« démontre que le développement de l'utérus se fait
« surtout par la paroi postérieure et par le fond et
« que dans l'hystéropexie les fils fixateurs devront se
« trouver exclusivement sur la paroi antérieure et ne
« pas dépasser en haut le plan des orifices tubaires. »

L'observation de Goubaroff (2) en est encore une autre preuve bien intéressante, avec vérification anatomique puisque la dystocie du cas rapporté par cet auteur s'est terminée par une opération césarienne.

Nous résumons l'observation :

Hystéropexie abdominale antérieure (le 2 juin 1890) par KUSTNER, pour *rétroversion de l'utérus rétrofléchi*. — Trois points au crin de Florence. Grossesse. Dernières règles en mai 1894. Entrée à la clinique de Dorpat Jouriew le 6 février 1895. L'utérus dépassait l'ombilic de trois travers de doigt et

(1) LÉON. Thèse de Lyon, 1894.

(2) GOUBAROFF. Semaine médicale, 5 juin 1895.

présentait la forme d'un ovoïde allongé transversalement dont le bout aminci se trouvait dans l'hypochondre gauche. On sentait une dépression sur le contour supérieur de l'utérus. En saisissant la cicatrice abdominale on constatait qu'elle était fixée, sur toute son étendue, à la surface antérieure de l'utérus et que son extrémité supérieure rejoignait la dépression que je viens de mentionner. Col impossible à atteindre, anesthésie au chloroforme. Toucher manuel : on trouve le bassin normal, mais le vagin rétréci et, au-dessus, le col est fermé.

Présentation et position AID de l'épaule gauche. Deux tentatives infructueuses de version externe. Albumine dans les urines.

8 février. — Douleurs revenant toutes les dix minutes. Rien du côté du col. Irrégularité du cœur fœtal. A dix heures, opération, laparatomie. Les adhérences sont tellement solides qu'on ne peut les détacher avec le doigt. Tout le long de la cicatrice elles ont la largeur d'un travers de doigt. L'extrémité supérieure forme une bride solide de l'épaisseur du petit doigt qui passe sur le *fond utérin en y creusant la dépression constatée à l'examen*. La section de cette bride montre, dans son épaisseur, des artères et des veines qu'il faut pincer. Opération césarienne. Extraction d'un enfant vivant. Double étage de sutures utérines.

Ce fait est doublement intéressant. Il montre que la grossesse peut arriver à terme sans distendre ou ramollir beaucoup les adhérences. Il fait voir aussi le danger de la fixation faite sur le fond utérin lui-même.

Cette bride, suffisamment solide pour imprimer un sillon sur le tissu de l'utérus, a été cause du développement anormal de cet organe, de la présentation vicieuse, et, probablement aussi, de l'absence de dilatation. On peut nous faire une objection et répondre que, plusieurs fois, des utérus fixés par leur fond ont

bien supporté la grossesse et l'accouchement sans qu'il survienne d'incidents fâcheux. Mais souvent aussi, on note la mobilité de l'utérus, le relâchement des adhérences trop faibles, le retour de l'utérus à sa position normale après l'accouchement, et, dans certains cas, la reproduction de la déviation qu'on avait combattue par l'hystéropexie. Les récidives se sont même montrées sans distension des adhérences par une grossesse (1), et ne sont imputables qu'à une fixation faite trop à la légère. C'est également l'opinion de Baudoin (2). On sait d'autre part qu'on peut espérer des adhérences suffisamment solides pour résister à la distension de la grossesse.

L'observation de Rapin (3) en donne une intéressante constatation anatomique.

Il s'agissait d'une femme hystéropexiée un an auparavant par Roux. Chez elle survint une troisième grossesse, (la seconde avait nécessité un accouchement prématuré pour un bassin aplati et généralement rétréci). Comme elle vint consulter trop tard, on ne pouvait songer à provoquer un accouchement prématuré.

Parmi les motifs qui firent hésiter le chirurgien

(1) JEANNEL. Loc. cit.

(2) BAUDOIN. Thèse Hystéropexie abdominale antérieure dans les rétro-déviation utérines. — Paris 1890.

(3) RAPIN. *Revue médicale de la Suisse romande*. — 20 avril 1895.

entre la symphyséotomie et l'opération césarienne, il cite l'hystéropexie abdominale antérieure.

Rapportons sa première conclusion : « La présence d'une adhérence de l'utérus à la paroi abdominale, à la suite de l'hystéropexie, nous permettait d'arriver au fœtus sans ouvrir largement la cavité péritonéale. Peu s'en fallut en effet que nous ayons pu faire une opération entièrement extra-péritonéale ».

On peut obtenir des adhérences très solides. Doit-on les chercher dans tous les cas ? Nous le croyons pour des raisons multiples. La grossesse, si elle se produit, ne sera nullement entravée, à condition de tenir compte de la règle énoncée plus haut. Les récidives immédiates ou consécutives à des accouchements ne se produisent pas dans les déviations tout au moins. Enfin cette fixation est moins dangereuse que l'union de l'utérus avec la paroi par des brides plus ou moins effilées, coupantes, pouvant faire redouter des occlusions, comme les deux observations de Jacobs en sont une preuve malheureuse. — C'est également pour arriver au même but, qu'à la Clinique gynécologique de Lyon, on place de parti pris un pessaire après l'hystéropexie, ou qu'on pratique quelques columnisations s'il existe de la paramétrite postérieure.

Dans le cas où la femme est arrivée à la ménopause, l'hystéropexie peut et doit se faire d'une façon toute différente. Il s'agit la plupart du temps de prolapsus génitaux complets, et la fixation demande une solidité d'autant plus forte qu'elle est plus difficile à obtenir. Le défaut de vitalité des tissus, leur moins grande plasticité expliquent les échecs plus nombreux dans

ces cas de l'hystéropexie. On est donc en droit de chercher le moyen de fixation qui paraîtra le plus efficace. Pour arriver à ce but on peut multiplier les points fixateurs, empiéter même sans inconvénient sur le fond utérin. D'après Smith (1), les adhérences séro-fibreuses ou séro-musculaires sont plus solides que les adhérences séro-séreuses seules. Cette classification peut être inexacte en thèse générale (Dembowski) (2); elle est juste cependant pour l'hystéropexie abdominale. En effet deux séreuses mises en contact peuvent s'unir très étroitement et rester dans cet état à condition que leur base d'application soit résistante. Cette proposition est vraie pour le feuillet utérin intimement uni au muscle, mais ne s'applique pas au péritoine pariétal qui, à ce niveau, se laisse décoller facilement. Nous croyons donc logique dans les cas d'hystéropexies auxquels nous faisons allusion, de chercher la soudure directe de l'aponévrose abdominale avec le péritoine utérin. La cavité péritonéale en restera tout aussi bien fermée et le manuel opératoire sera aussi simple (3). Segale (4) s'est servi plusieurs fois de cette manière de faire, et lui donna un nom qui peut prêter à confusion en l'appelant hystéropexie extra-péritonéale.

(1) GOUBAROFF. Loc. cit.

(2) Arch. f. Klin. Chir. XXXVII, 1888.

(3) Pour ce dernier nous renvoyons aux articles de M. le professeur Laroyenne, de MM. Condamin et Levrat et à la thèse de Bouffandeau.

(4) SEGALÉ. Revue de Chirurgie, 1895.

CHAPITRE TROISIÈME.

INTERVENTIONS SUR L'UTÉRUS APRÈS L'HYSTÉROPEXIE.

L'hystéropexie abdominale étant acceptée à l'heure actuelle par beaucoup de gynécologues, nul doute que les cas d'interventions secondaires, commandées par des indications diverses, ne se multiplient. En compulsant les différents travaux parus sur cette question, nous avons pu réunir sept cas d'hystérectomie vaginale. Cette opération a été pratiquée 2 fois pour suppuration pelvienne (Jacobs) (1); 4 fois pour récurrence de prolapsus traité par l'hystéropexie abdominale (2); une fois, enfin, pour cancer utérin (3).

(1) JACOBS. Arch. de tologie, février 1894.

(2) CHAPUT. Thèse de Prieur. Paris, 1894. Obs. XXX et XXXI. M. le professeur Fochier a eu l'occasion de pratiquer également cette intervention dans de semblables conditions. Thèse de Lamort, p. 108. Enfin nous apportons un fait personnel.

(3) Roux. Revue de la Suisse romande. Art. de Poltowicz, mars 1895.

La présence d'adhérences, quelquefois très solides, de l'utérus avec la paroi, rend cette intervention difficile, et l'étude de nos observations nous montre dans quelle mesure il faut en tenir compte.

Nous laisserons de côté le cas de M. le professeur Fochier. Les adhérences nettement formées s'étaient rompues peu de temps après l'hystéropexie par brusque déclanchement. L'ablation de l'utérus rentrait alors dans les conditions ordinaires. — Le cas de Roux, rapporté par Poltowicz, est seulement signalé, et ne peut compter.

Dans les observations que nous rapportons, nous voyons combien les adhérences de l'hystéropexie peuvent compliquer l'hystérectomie. Solides au point de déprimer fortement la paroi abdominale au moment des tractions, difficiles à saisir entre les mors d'une pince, elles offrent encore d'autres dangers. La première observation de Jacobs en est une preuve malheureuse. Les brides fibreuses, sectionnées et cautérisées au thermo-cautère pour éviter une hémorragie consécutive, allèrent, après libération, flotter dans l'abdomen et se souder à une anse intestinale. Jacobs fut obligé, huit jours après, d'intervenir pour des phénomènes d'occlusion et, malgré la libération des nouvelles adhérences et leur ablation, la malade mourut le lendemain de complications rénales. Instruit par ce cas malheureux, Jacobs, dans sa seconde observation, changea sa conduite opératoire. De parti pris, il pratiqua la laparotomie, détacha les adhérences et put extraire sans gêne aucune l'utérus par la voie vaginale. Les observations de M. Chaput montrent aussi la

difficulté que ce chirurgien éprouva du fait des adhérences. Elles purent cependant être libérées après ligature hémostatique, sans suites fâcheuses pour la malade. Notre cas personnel n'a pas été moins laborieux. Il s'agissait d'une récurrence de prolapsus génital avec hypertrophie et surtout allongement de l'utérus. Deux brides fibreuses réunissaient l'organe à la paroi abdominale. Il fut impossible de les saisir entre les mors d'une pince et de les ligaturer. Grâce à un effilement de leur partie médiane, il se produisit une rupture qui n'occasiona aucun accident.

Nous croyons donc la conduite de Jacobs rationnelle lorsqu'il est impossible d'arriver sur les adhérences. Du reste ne vaut-il pas mieux faire disparaître ces surfaces cruentées, en enlevant les pédicules suspendus à la paroi, et en péritonisant par fixation de l'épiploon, ou rapprochement de la séreuse pariétale ?

La gravité opératoire aura sans doute augmenté ; mais la conduite du chirurgien sera plus rationnelle. La facilité avec laquelle l'utérus se laissera extraire viendra compenser, dans une certaine mesure, cet inconvénient.

Ancienne hystéropexie. Hystérectomie pour lésions annexielles (Jacobs). — 6 mois avant, hystéropexie à fils perdus multiples, et avivement. Lésions annexielles bilatérales graves et douloureuses. Utérus rattaché à la paroi abdominale par un pédicule fibro-musculaire de 6 centimètres. Section au thermo-cautère.

Laparotomie 12 jours plus tard, pour phénomènes d'occlusion. Ablation facile du pédicule.

La malade mourut le lendemain de complications rénales.

Ancienne hystéropexie. Annexite double. Hystérectomie vaginale et laparotomie (Jacobs). — Hystéropexie abdominale cinq mois auparavant (mêmes conditions). Il s'agissait d'une matrice plus jeune, qui avait conservé la statique que lui imposait l'hystéropexie c'est-à-dire qu'on ne pouvait constater de pédicule entre l'utérus et la paroi. Comme il existait une annexite purulente bilatérale, je résolus de ne plus suivre, dans ce cas, la marche rapportée plus haut. Après que j'eus terminé les premiers temps de l'hystérectomie vaginale, la malade fut changée de position, je fis la coélotomie, détachai au bistouri les adhérences utérines à la paroi abdominale, refermai immédiatement la plaie et terminai en quelques minutes l'opération vaginale.

Ancienne hystéropexie pour prolapsus. Récidive. — Hystérectomie consécutive (Chaput). — Pélagie D..., 22 ans, est entrée en 1890 à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, pour un prolapsus complet pour lequel le docteur Sacré lui a fait une hystéropexie.

Trois semaines après, récidive du prolapsus. Entrée à la Salpêtrière en août 1891, la malade présente à ce moment une cystocèle et rectocèle énorme. Le fond de l'utérus adhère à la paroi abdominale. Hystérométrie, 15 centimètres.

26 août 1891. — Extirpation de l'utérus et du vagin. Colpopérinéorrhaphie de Doleris. Incision circulaire du vagin d'où partent deux incisions verticales, latérales descendant jusqu'au col.

Dissection de deux lambeaux vaginaux antérieur et postérieur. Pincement et section des ligaments larges. Le fond de l'utérus est très adhérent à la paroi. En tirant sur le col, la paroi abdominale se déprime et s'enfonce dans le bassin. J'ai beaucoup de peine à sectionner l'adhérence de l'utérus à la paroi qui se présente sous la forme d'un ligament large, court très épais et de consistance fibreuse.

Ligature de tous les pédicules.

Colpopérinéorrhaphie de Doleris. N'a pas été revue.

Ancienne hystéropexie. Hystérectomie consécutive (Chaput).

— Anna M...; 46 ans. Il y a 6 ans, notre collègue Picqué lui a fait successivement une amputation du col, une colporrhaphie, un Alexander.

Il y a deux ans, M. Picqué lui fit une nouvelle périnéorrhaphie et un nouvel Alexander. Récidive rapide de prolapsus.

L'année dernière, M. Campenon lui fit, à Necker, une hystéropexie. Quinze jours après, le prolapsus récidivait. La malade entre à la Salpêtrière en décembre 1891.

Le col dépasse la vulve de quatre travers de doigt. Cystocèle et rectocèle. Hystérométrie, 16 centimètres. Le fond de l'utérus adhère à la paroi abdominale.

Le 22 décembre 1891. — Hystérectomie vaginale et résection du vagin. Ligature des pédicules et suture hermétique du péritoine. Ablation de ce qui reste de muqueuse vaginale sur la demi-circonférence de la vulve. Trois sutures vulvaires au fil d'argent avec l'aiguille d'Emmet.

Bourrage iodoformé. La malade reste encore deux mois dans le service. A sa sortie elle était en très bon état et le prolapsus n'avait aucune tendance à la récurrence.

OBSERVATION PERSONNELLE.

Prolapsus génital. Périnéorrhaphie et hystéropexie.

Un an après hystérectomie vaginale.

B. E..., 40 ans. Rachitique. Régée à 18 ans. Accouchement à terme il y a douze ans. On fut obligé de faire une application de forceps. Enfant mort-né. Déchirure périnéale non suturée. Rien à signaler pendant les suites de couches. — Peu à peu l'utérus descendit occasionnant des tiraillements et de la pesanteur dans le bas-ventre.

Menstruation toutes les trois semaines, durant trois jours.

14 novembre 1894. — L'utérus était à la vulve. Après vérification de réduction on fait une hystéropexie d'après le pro-

cédé de M. Laroyenne et. dans la même séance, une périnéorrhaphie. Les suites opératoires furent simples.

La malade se rétablit rapidement ; mais quatre semaines après, récurrence du prolapsus.

Il ne fit que s'accroître depuis cette époque. Les règles, qui disparurent pendant cinq semaines consécutivement à l'opération, varièrent depuis cette date.

Ménopause en juillet dernier.

La gêne amenée par ce volumineux prolapsus, l'incontinence d'urine au moindre effort déterminent la malade à venir réclamer à tout prix une opération. A l'examen, on voit l'utérus faire une saillie de 6 centimètres à l'extérieur.

Le col est gros et présente une ulcération de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Quelques petites ulcérations latérales produites par le frottement.

La vessie est en grande partie descendue comme le montre le cathétérisme vésical. Rectocèle. A l'hystéromètre, 19 centimètres. On fait facilement la réduction de l'utérus ; on voit alors le périnée assez élevé mais sans résistance.

Le 11 août 1895, hystérectomie vaginale. Les premiers temps n'offrent rien de particulier. Mais une fois les ligaments larges en partie libérés et saisis, il est impossible de faire basculer l'utérus. Au moment des tractions, on voit la cicatrice se déprimer puis brusquement céder. On complète l'hémostase et l'utérus est enlevé rapidement.

Résection de la paroi antérieure et postérieure du vagin et suture au catgut.

Quatre pinces à demeure.

Examen de l'utérus : utérus très allongé (19 centimètres au cathéter) avec col en battant de cloche. Sur la face antérieure et près du fond se détachent deux cordons fibreux distants de 1 centimètre environ. Celui de droite, plus volumineux, mesure 2 centimètres $1/2$ de son point d'insertion au siège de la rupture. Il a à sa base le volume d'un crayon ordinaire et va de là en s'amincissant. L'autre, présentant la même disposi-

tion est un peu plus petit. Ils sont constitués par du tissu blanchâtre paraissant peu vascularisé.

Une mèche de gaze iodoformée est placée entre les pinces.

Suites opératoires bonnes.

La malade sort le vingt-troisième jour. Le vagin se termine par un cul-de-sac paraissant solide. Dans les efforts, la paroi vaginale antérieure subit un peu l'impulsion. En effet, à ce niveau, il y a eu un léger écartement des surfaces avivées par suite de résorption trop rapide du catgut.

Ces observations ont également un autre intérêt. Elles montrent quel soin il faut attacher à la fixation de l'utérus dans les prolapsus, qui, malgré les opérations plastiques sur le vagin et le périnée, arrivent dans certains cas à récidiver.

Ces récidives peuvent être expliquées par une fixation faite un peu à la légère, mais dans beaucoup de cas aussi elles seront dues au défaut de vitalité des tissus. C'est surtout chez les personnes âgées ou affaiblies que se verront de semblables échecs. On comprend alors l'utilité d'immobiliser l'utérus après la fixation, au moyen d'un pessaire, qui préviendra tout mouvement hâtif et dangereux pour les adhérences formées.

CONCLUSIONS.

I. — L'hystéropexie abdominale antérieure est l'opération de choix dans le traitement des antéflexions douloureuses.

II. — En redressant l'utérus et en le maintenant dans une position voisine de sa situation normale, elle répond à toutes les indications.

III. — La fixation sera faite toujours solidement par plusieurs fils lentement résorbables, pour éviter les tractions ultérieures sur les adhérences, et leur allongement, qui présente des inconvénients au point de vue des récidives, et des dangers au point de vue des occlusions post-opératoires.

IV. — Chez les femmes non arrivées à la ménopause, quelle que soit l'indication de l'hystéropexie, la nécessité de ne pas placer le fil supérieur au dessus du plan des orifices tubaires reste une règle absolue.

V. — Si l'on est obligé de pratiquer une hystérectomie vaginale, après une hystéropexie abdominale antérieure, il faudra tenir compte des adhérences établies. Dans certains cas on complètera l'opération par la laparotomie, l'excision des brides et la péritonisation des surfaces cruentées.

VU : POUR LE DOYEN,
L'Assesseur,

LÉPINE.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

LAROYENNE.

Permis d'imprimer

Lyon, le 28 novembre 1895.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION,

Le Doyen de la Faculté des Sciences

RAULIN.

